

PARALLÈLE

N° 16

ENTRE LE CRAYON

DE

CHLORURE DE ZINC

ET

LE CURETTAGE

DANS LE TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 16 DÉCEMBRE 1891

PAR

F. PLANTA

Né à Bar-le-Duc (Meuse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
BERTIN-SANS..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * * *).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Clinique médicale.....	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	N...
Pathologie externe.....	ESTOR.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRYNFELTT, <i>président</i> .	MM. GAYRAUD, agrégé.
TRUC, professeur.	SERRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

F. PLANTA.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

F. PLANTA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

F. PLANTA.

INTRODUCTION

Il semble aujourd'hui bien démontré que les métrites sont d'origine infectieuse, microbienne. Depuis longtemps on a considéré l'infection blennorrhagique comme une cause très commune d'endométrite; les gonocoques semblent même avoir une prédilection particulière pour l'utérus. D'autre part on a pu, dans des cas de métrites consécutives à des suites de couches, recueillir et cultiver le streptococcus. Et Schröder ajoute: « C'est de la même façon qu'il convient d'expliquer les métrites chroniques que l'on rencontre souvent chez les nullipares qui n'ont jamais été atteintes de blennorrhagie, et même chez les jeunes filles encore vierges. Des agents phlogogènes peuvent, même dans ces conditions, pénétrer dans la cavité utérine, et il n'est pas douteux pour moi que cette pénétration ne soit souvent le résultat de manœuvres de masturbation. »

Ces données nouvelles de l'origine microbienne des métrites expliquent bien la transformation qu'a subie la thérapeutique. M. Abadie, au Congrès de Paris de 1887, s'exprimait ainsi: « Jadis on se préoccupait surtout de la constitution du sujet, de la puissance de réaction de l'organisme. A l'heure actuelle, il n'en est plus ainsi. Tout en tenant compte, dans une certaine mesure, de la nature du terrain sur lequel évolue l'élément pathogène, c'est surtout cet élément que l'on vise et que l'on cherche à détruire. De là une révolution complète dans les procédés de la thérapeutique. Même dans le traitement des mala-

dies réputées jusqu'ici diathésiques et constitutionnelles, la médication locale prend une importance de plus en plus grande. »

Il est en gynécologie peu d'affection qui ait profité de ces notions nouvelles avec autant d'avantages que les endométrites. Il n'y a pas encore bien longtemps, le traitement de la métrite chronique consistait simplement à soigner la surface du col et les ulcérations symptomatiques si fréquentes à cet endroit. On y ajoutait un traitement interne en se basant sur les relations que pouvait avoir la métrite avec certaines diathèses et certains états généraux. L'insuffisance de ce traitement local appliqué sur le col, le peu de durée des résultats obtenus, avaient tellement frappé les médecins d'alors, que Gaillard Thomas disait que, s'il était obligé de choisir entre le traitement général et le traitement local, il donnerait la préférence au premier. Nous ne voulons pas prétendre que le traitement général soit d'une complète inutilité. Il aide certainement à la cure de la métrite; mais il est tout à fait insuffisant et ne doit jouer, en tout cas, qu'un rôle secondaire. C'est ce qu'ont bien compris les chirurgiens modernes. Autant autrefois le traitement était symptomatique, autant aujourd'hui on cherche à le rendre curateur, en s'adressant directement à la cause, c'est-à-dire en agissant sur la muqueuse, et parfois même sur le muscle de l'utérus. C'est cette voie que suivent de plus en plus les gynécologues français, auxquels la science est redevable de nouvelles méthodes curatrices et de nombreux perfectionnements.

Nous n'avons pas pour but, dans ce travail, de passer en revue les nombreux traitements qui ont été tour à tour vantés. Nous désirons seulement étudier deux procédés préconisés par deux Français, et qui paraissent, jusqu'à présent, devoir rester dans la thérapeutique, étant donnés les excellents résultats que tous deux ont donné dans la cure des endométrites.

Nous avons en vue le traitement par le crayon de chlorure de zinc

et le traitement par le curettage. Nous essaierons de comparer ces deux méthodes entre elles, de rechercher leurs indications, leur mode d'action et leur efficacité.

Avant d'aller plus loin, nous devons remercier M. le professeur Grynfeltt de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Brousse reçoive tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué les renseignements nécessaires à notre travail.

Merci également à MM. Guibert et Castan, internes des hôpitaux, pour les observations qu'ils ont eu la bonté de nous communiquer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0089

PARALLELE
ENTRE
LE CRAYON DE CHLORURE DE ZINC
ET
LE CURETTAGE
dans le traitement des endométrites

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT PAR LE CHLORURE DE ZINC

La cautérisation au chlorure de zinc, dont M. Dumontpallier s'est fait le plus ardent promoteur, paraît devoir succomber sous le poids des méfaits dont on l'accuse. Cette méthode, en effet, malgré la simplicité du mode opératoire, malgré les observations nombreuses démontrant sa bénignité, son efficacité, n'a trouvé que peu de partisans. Doit-on cependant admettre sans réserves le verdict porté par la Société de chirurgie et faut-il, en admettant d'emblée les accusations lancées contre le bâtonnage, proclamer le curettage comme seule méthode opératoire lorsqu'il s'agira de débarrasser un utérus de sa muqueuse altérée? Nous ne le pensons pas, et nous croyons

que, malgré les réels inconvénients du traitement par le crayon de chlorure de zinc, il est des cas particuliers où son emploi peut être préconisé.

Nous commencerons par exposer un certain nombre d'observations de métrites, recueillies dans le service de M. le professeur Brousse par M. Castan, interne, et toutes traitées par le chlorure de zinc. Nous commenterons les résultats obtenus en les comparant aux statistiques d'autres opérateurs et nous essaierons de montrer que dans certains cas bien déterminés, et appliqué convenablement, le traitement de MM. Dumontpallier et Polaillon constitue une médication d'une certaine valeur contre l'endométrite.

Observation première

Marie L..., âgée de vingt-quatre ans, entre dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, lit n° 23, le 19 août 1890.

Réglée à seize ans, elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. A vingt et un ans, elle a une blennorrhagie.

L'année suivante, la menstruation devient irrégulière, en même temps surviennent des pertes blanches accompagnées de douleurs siégeant en arrière du pubis, mais sans grande intensité. La malade entre alors à l'hôpital, où l'examen permet de reconnaître les signes d'une endométrite chronique. L'orifice du col est élargi et laisse pénétrer la pulpe du doigt. La surface du col est rugueuse, comme bourgeonnante, les lèvres sont légèrement éversées et recouvertes de pus strié de sang. Le col saigne facilement. L'hystérométrie donne 7 centimètres et demi.

30. — Cautérisation au chlorure de zinc. La malade ne ressent aucune douleur. La nuit est calme.

Le lendemain, la malade se lève pendant quelques heures, malgré la défense qui lui en est faite.

Dans la nuit, elle ressent quelques coliques du reste très légères, qui disparaissent spontanément.

9 septembre. — Elimination de l'eschare sans réaction de la part de la malade.

11. — L'écoulement a diminué notablement. Le col est moins gros. Les douleurs ont disparu.

13. — L'écoulement a disparu. La surface du col est complètement modifiée.

La malade sort le lendemain.

Examinée à nouveau trois mois plus tard, elle présente un col de volume normal, nullement congestionné, sans trace d'écoulement, laissant pénétrer l'hystéromètre. Les règles sont revenues.

Observation II

Isabelle L..., âgée de vingt-six ans, entre au dépôt, lit n° 2, le 22 avril 1890. Deux accouchements, une fausse couche. Cette femme, irrégulièrement réglée, est atteinte de leucorrhée depuis une époque qu'elle ne peut préciser. Douleur rétropubienne s'irradiant dans les aines. Écoulement abondant, verdâtre. Col rouge, enflammé, saignant facilement.

27 avril. — Cautérisation avec une flèche de chlorure de zinc. Pas de douleurs, pas de fièvre.

3 mai. — Élimination de l'eschare.

Le 6, l'écoulement est muqueux. Le col est redevenu à peu près normal.

La malade sort le 28 mai.

Elle est revue le 7 septembre. Les règles sont revenues et ne sont nullement douloureuses. Le col est normal; l'orifice laisse écouler à la pression du spéculum une légère goutte muqueuse. Pas d'atrésie.

Observation III

Louise H..., vingt-deux ans, entre au dépôt le 8 juin 1890. Menstruation régulière. Une grossesse normale à dix-huit ans. Depuis deux ans, leucorrhée abondante à la suite des mois.

Utérus volumineux, col entr'ouvert, saillant, laissant écouler du muco-pus.

Cautérisation le 15 juin. Pas de réaction ni de douleur.

Chute de l'eschare le 26.

Diminution de l'écoulement. La malade sort guérie le 10 juillet.

Observation IV

Marguerite L..., trente et un ans, entre le 15 avril, salle Ambroise Paré. Deux enfants. Pas de fausse couche. Leucorrhée datant de trois ans. Bâtonnage le 22 avril. Douleur nulle. Disparition de l'écoulement. La malade sort le 15 mai.

Observation V

Marie M..., dix-neuf ans, entre à la clinique le 12 mars. Une grossesse. Pertes blanches depuis un an non accompagnées de douleurs. Cautérisation le 21 mars. Réaction nulle. La malade sort le 14 avril. L'écoulement est réduit à un bouchon muqueux obturant le col.

Observation VI

Henriette C..., vingt-huit ans, est à la clinique depuis le 2 juin. Réglée à seize ans. Deux avortements. Leucorrhée depuis l'âge de dix-huit ans. Douleurs nulles. L'écoulement disparaît quatorze jours après l'application d'une flèche de chlorure de zinc.

Observation VII

Madeleine M..., trente et un ans, est entrée à l'hôpital le 6 octobre. Régée à dix-sept ans. Menstrues douloureuses. Quatre enfants. Pas d'avortement. Entre avec vaginite et métrite. Cautérisation le 30 octobre. Disparition de l'écoulement. La malade sort le 28 novembre. Les règles sont revenues sans provoquer de douleurs.

Observation VIII

Émilie P..., vingt-huit ans, entre au dépôt le 12 février 1890. Régée à quinze ans. Deux enfants, deux avortements. Leucorrhée depuis mars 1889. Quelques douleurs dans le bas-ventre. Bâtonnage le 23 février. Disparition de l'écoulement. La malade sort le 15 mars.

Observation IX

Jeanne M..., vingt-cinq ans, entre le 9 juin 1890. Accouchement à vingt-deux ans. Blennorrhagie à vingt-trois ans. Depuis cette époque, les pertes blanches n'ont pas discontinué. Cautérisation le 21 juin. Pas de douleurs. La malade sort guérie le 11 juillet.

Observation X

Clémentine P..., vingt-trois ans, en traitement depuis le 2 mai 1890. Régée à quatorze ans. Pas d'accouchement. Depuis deux ans, pertes blanches assez abondantes, avec douleurs qui se sont calmées depuis trois mois. Utérus en antéversion. Application d'une flèche le 22 mai. La malade sort trois semaines après ; l'écoulement est réduit à une goutte de muco-pus.

Observation XI

Léontine C..., âgée de vingt-neuf ans, entre au dépôt de police le 30 juin 1890. Réglée à seize ans, elle a eu un enfant et deux fausses couches, la dernière remontant à dix-huit mois. Depuis plus d'un an elle a des pertes blanches abondantes, auxquelles sont venues se joindre des douleurs sourdes dans la région hypogastrique avec irradiations dans les cuisses. Les douleurs existent aussi dans la fosse iliaque interne droite et sont augmentées par la pression.

A l'examen, l'utérus est un peu augmenté de volume. Le col est gros, avec une légère éversion de la lèvre antérieure, et laisse écouler du muco-pus strié de sang. L'hystéromètre donne 6 centimètres; le diamètre transversal du col mesure 26 millimètres, et le diamètre antéro-postérieur mesure 30 millimètres. Dans la fosse iliaque droite, on perçoit une tumeur du volume d'une noisette, peu douloureuse à la pression.

Après un traitement par les glycérolés à l'iodoforme et au tannin, on introduit le 10 août un crayon de chlorure de zinc dans la cavité utérine. Pas de réaction le jour de l'opération, ni les jours suivants.

15. — L'écoulement est muco-purulent sans striations sanguines.

21. — Élimination de l'eschare en bloc.

30. — L'écoulement est muqueux. Le col modifié dans sa forme présente les dimensions suivantes : 0,023 pour le diamètre transversal, 0,026 pour le diamètre antéro-postérieur. Quant aux douleurs que la malade accusait à la fosse iliaque interne, elles ont disparu, et aucune sensation pénible n'est perçue à la pression.

La malade, sortie le 2 septembre, a été revue six mois après ; la guérison s'était maintenue, plus trace de douleurs, les règles étaient revenues. L'hystéromètre pénétrait sans difficulté.

Observation XII

Françoise D..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital, salle Ambroise Paré, lit n° 11, le 7 mai 1890.

Irrégulièrement menstruée. Leucorrhée depuis l'âge de vingt-deux ans. Pas de grossesse, ni d'avortement.

Douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen, on trouve de l'endométrite du corps et du col, avec un noyau d'induration au niveau de la trompe droite.

20 mai. — Application d'une flèche qui ne provoque aucune réaction les jours suivants.

25. — L'écoulement a notablement diminué, il disparaît complètement le 2 juin.

3. — On note la disparition du noyau induré siégeant dans la fosse iliaque.

La malade sort guérie le 6 juin.

La guérison persistait lorsque la malade est revue au mois de novembre.

Observation XIII

Luisa Gout, âgée de vingt-quatre ans, entre au dépôt de police, lit n° 12.

23 octobre 1889. — Cette femme, bien réglée jusqu'au mois de janvier de la même année, n'accuse ni grossesse ni fausse couche.

Depuis six mois environ, elle a des pertes blanches assez abondantes. La menstruation est devenue irrégulière, accompagnée de douleurs s'irradiant dans les lombes. L'état général est assez satisfaisant.

A l'examen, on ne constate pas d'augmentation notable du volume

de l'utérus. Au spéculum, le col apparaît hypertrophié, laissant écouler un muco-pus épais. L'hypertrophie prédomine sur la lèvre antérieure; de plus, le col est fendu en croissant à concavité antérieure. L'hystéromètre est d'abord arrêté au niveau de l'isthme de l'utérus, au bout de quelques minutes il pénètre assez facilement.

La malade est traitée d'abord par les injections de sublimé et les tampons de glycérolé à l'iodoforme, puis par les crayons d'iodoforme introduits dans le col.

L'état ne s'améliorant pas, M. le professeur-agrégé Brousse se décide à employer la méthode de Dumontpallier.

3 mars. — Application d'une flèche de chlorure de zinc d'une longueur de 5 centim. Le vagin est bourré de gaze iodoformée.

La malade reste couchée. Pas de fièvre. Pas de douleurs. Un pansement antiseptique est fait le lendemain et les jours suivants.

6. — La malade reçoit l'autorisation de se lever. Depuis l'opération, pas un instant elle n'a accusé la moindre douleur.

11 et 12. — L'eschare est éliminée par parties. La sécrétion a notablement diminué, l'écoulement est devenu franchement muqueux.

La malade sort le 25 mars.

Elle est revue cinq mois après. La guérison s'est maintenue. L'écoulement a disparu, le col est redevenu normal. L'orifice est légèrement entr'ouvert et l'hystéromètre pénètre très facilement et franchit l'orifice interne.

Observation XIV

Louise M....., âgée de trente-quatre ans, est atteinte de pertes blanches depuis près de deux ans. Le 24 octobre 1890, elle entre au dépôt, lit n° 8, où l'on constate une tuméfaction du col avec ulcération et écoulement muco-purulent épais.

Le diamètre transversal du col mesure 26 millim.; le diamètre antéro-postérieur mesure 25 millim.

Application d'une flèche de 5 centim.

Dans la nuit, coliques très légères qui disparaissent au bout d'une heure. Pas de fièvre.

27. — Diminution des pertes.

7 novembre. — Chute de l'eschare sans réaction.

10. — Les mesures du col donnent 23 millim. pour le diamètre transversal, 23 pour le diamètre antéro-postérieur.

L'écoulement est à peu près nul et seulement muqueux.

La malade sort le 12 novembre.

Elle n'a pas été revue.

Observation XV

Léontine A..., vingt-deux ans, entre au dépôt de police, lit n° 15, le 14 février 1890. Menstruation irrégulière depuis le début remontant à quinze ans. Leucorrhée depuis l'âge de dix-huit ans. Col gros, violacé. Bâtonnage le 26 février. L'écoulement diminue, puis cesse vers le 19 mars. Le col est moins gros.

La malade sort le 23 mars.

Observation XVI

Marie H..., vingt-neuf ans. Entre le 15 avril à la salle Ambroise-Paré, lit n° 8, pour métrite du col remontant à deux ans environ. Deux grossesses à terme. Opération le 23 avril. L'écoulement disparaît. Le col, primitivement hypertrophié, reprend son volume normal.

Sortie le 12 mai.

Observation XVII

Marguerite J..., vingt-cinq ans, entre le 22 avril à la clinique, lit n° 19. Réglée à dix-sept ans. Pas de grossesse. Leucorrhée depuis

l'âge de dix-neuf ans. Col ulcéré, hypertrophié, saillant. Cautérisation le 2 mai. Disparition de l'écoulement ; le col reprend lentement un volume moindre.

Le malade sort le 25 mai.

Observation XVIII

Le 4 août 1890, entre à la clinique Marguerite R..., âgée de vingt ans. Régulée à onze ans, elle a eu trois enfants à l'âge de quatorze, quinze, dix-sept ans, et en dernier lieu une fausse couche datant de six mois. Depuis un an environ, les menstrues sont devenues irrégulières. En même temps surviennent des pertes blanches. La malade n'accuse aucune douleur.

Le col est volumineux. Par l'orifice externe, largement ouvert, sort une forte mèche de muco-pus très épais. La lèvre supérieure présente des ulcérations.

16, 19, 21. — Dilatation par les tiges de laminaire.

Le 22, les séances sont interrompues par suite de l'apparition des règles.

1^{er} septembre. — Après avoir pratiqué une antiseptie rigoureuse, M. le professeur agrégé Estor, en l'absence de M. Brousse, fait le curettage de la cavité. Des débris abondants de fongosités sont entraînés par un lavage au sublimé.

2. — Il n'y a ni fièvre ni douleurs. Le col est toujours très gros. Les lèvres sont ulcérées. L'orifice, largement entr'ouvert, laisse écouler des mucosités légèrement blanchâtres.

Les jours suivants, l'écoulement persiste. La cavité utérine est lavée au sublimé au moyen d'une sonde à double courant. A la suite de ce lavage, la malade ressent dans le bas-ventre des douleurs assez vives qui nécessitent une piqûre de morphine.

Du 7 au 19, l'écoulement ne s'amende pas. Le col est toujours gros et couvert d'ulcérations. M. Brousse, qui a repris le service, a recours à la cautérisation par le chlorure de zinc.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine donne une longueur de 7 centimètres. Les dimensions du col, prises au moyen du cervimètre, sont de 28 millimètres pour le diamètre antéro-postérieur.

Une flèche de chlorure de zinc d'une longueur de 7 centimètres est introduite dans la cavité utérine sans provoquer aucune réaction. La journée et la nuit se passent sans douleur.

2 novembre. — Élimination de l'eschare sans coliques.

Le 5 novembre, les pertes ont notablement diminué.

Le 8, l'écoulement est réduit à un bouchon obturant l'orifice du col; les mesures du col sont de 23 millimètres pour le diamètre transversal, de 21 pour le diamètre antéro-postérieur.

La malade sort le 10.

Amenée deux mois plus tard à l'hôpital pour des accidents syphilitiques, elle a été examinée à nouveau. La guérison s'était maintenue.

Nous n'avons pas insisté dans nos observations sur le manuel opératoire : il est trop simple et trop connu pour que nous nous attardions à le décrire en détail. Du reste, la technique formulée par M. Dumontpalier lui-même a été rigoureusement suivie, l'antisepsie scrupuleusement observée. Les bâtons servant à la cautérisation étaient composés de pâte de Canquoin et de farine de seigle mélangés en proportion suffisante pour obtenir des crayons d'une consistance demi-solide qui pût leur permettre de suivre sans casser les inflexions de la cavité utérine. M. Schæffer, dans un article récemment paru dans les *Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, indique l'éther comme un liquide qui se prête bien à la conservation des crayons de chlorure de zinc. Seulement, dit-il, quand ils ont séjourné pendant quelque temps dans l'éther, les crayons deviennent friables. Pour obvier à cet inconvénient, il recommande d'ajouter à la pâte une petite quantité de mucilage de gomme adragante. Quant au volume de la flèche, il n'est pas sans importance. L'épaisseur du crayon dépend certainement de la largeur de l'orifice du col : nous voyons cependant qu'il ne doit jamais

dépasser un certain diamètre. Les bâtons employés dans le service de M. le professeur agrégé Brousse n'ont jamais excédé plus de 3 millim. de diamètre, et c'est en partie, semble-t-il, grâce à cette faible épaisseur qu'a été due l'absence complète des accidents que l'on a vus survenir parfois immédiatement après l'application des crayons. Pas une fois nous n'avons observé un des accidents immédiats dont se sont prévalus les adversaires du bâtonnage pour démontrer son infidélité. Ainsi qu'on l'a vu d'après nos observations, l'opération a toujours été bénigne et jamais accompagnée de douleurs, de fièvre ou même de syncope, comme dans un cas reproduit par Reynier. Les malades restent au lit trois jours ; au bout de ce temps, elles reprennent certaines occupations, sans jamais ressentir la moindre fatigue. L'écoulement disparaît rapidement, et au bout de quinze jours elles sortent guéries. Si au contraire nous étudions les résultats fournis par plusieurs chirurgiens, adversaires de la méthode, nous sommes étonné de la quantité d'insuccès qu'ils avouent, et pour n'en citer que deux, Bouilly sur trente cautérisations relate vingt et un insuccès ; Reynier, six échecs sur six cas, et déclare avoir été obligé de revenir au curettage.

Comment donc expliquer cette différence dans les résultats, à quelle cause rattacher les succès et les échecs ?

Tous les degrés de la métrite ne sont pas passibles des cautérisations. N'ont été traitées dans le service par le chlorure de zinc que les femmes portant des métrites chroniques invétérées, peu douloureuses, sans réaction inflammatoire. Dans ces conditions, l'action du caustique agissait seulement sur les parties malades, sans développer de poussée inflammatoire, sans donner un nouveau coup de fouet à la phlegmasie, source de douleurs et cause de la persistance de l'écoulement.

Quant à savoir comment cette action sur la muqueuse utérine peut modifier la muqueuse tubaire, nous croyons qu'on n'en est encore réduit qu'à des hypothèses. Il nous paraît donc inutile de rechercher si, comme le veulent quelques-uns, la cavité utérine doit être regardée

comme une vaste plaie superficielle agissant comme un révulsif à la façon d'un vésicatoire et de discuter toutes les autres opinions émises à cet égard.

Nous avons cité plusieurs observations de métrites du col.

Il n'entre pas dans notre programme de rechercher si la métrite du col existe séparément, comme entité morbide, la muqueuse du corps étant tout à fait normale. Nous croyons toutefois que, dans la plupart des cas, on peut admettre une inflammation généralisée de la muqueuse du col et du corps, avec prédominance très marquée des lésions sur le col, prédominance qui imprime à la maladie un cachet spécial assez nettement tranché, pour permettre la séparation des métrites et la description de la métrite du col. Or, on le sait, la métrite du col est une des affections utérines qui ont donné naissance à un plus grand nombre de médications. S'il est certaines métrites légères qui peuvent guérir par un traitement anodin, par le repos, les tampons de glycérolé à l'iodoforme, il en est, au contraire, auxquelles cette thérapeutique apporte à peine une légère amélioration. C'est dans les formes invétérées de cette affection, compliquées d'hypertrophie glandulaire et de végétations adénoïdes de la muqueuse, qu'on a recours alors à une opération plus radicale, qui est l'amputation du col. Entre ces cas extrêmes, il en est d'intermédiaires, contre lesquels on a essayé bien des moyens.

Le chlorure de zinc lui-même est déconseillé par un grand nombre de ses partisans. Ce moyen a été cependant employé à la clinique par M. Brousse, et, nous devons ajouter, toutes les fois avec un plein succès. Dans un cas même où le curettage avait échoué, le chlorure de zinc modifia avantageusement l'écoulement et l'hypertrophie. Pourquoi, du reste, en aurait-il été autrement ? Pourquoi le caustique n'agirait-il pas sur les métrites du col comme il agit sur la muqueuse du corps. Nous tenons compte évidemment de la différence de structure des deux muqueuses ; mais même dans les cas où l'on a affaire à des glandes hypertrophiées, dont les culs-de-sac sont situés plus profondément que d'habitude, pourquoi vouloir refuser au caustique son

action sur les parties malades et ramollies? Quant à l'hypertrophie, elle est, croyons-nous, curable par le chlorure de zinc, tant qu'elle n'est que le résultat de la congestion intense qui siège sur la muqueuse. Mais lorsque le parenchyme du col participe au processus inflammatoire chronique, lorsqu'il devient plus dur, plus résistant, le bâtonnage demeure sans action.

En d'autres termes, le chlorure de zinc réussit à la période d'infiltration, il échoue à la période d'induration.

Il nous reste maintenant à exposer les accidents qu'on a reprochés au bâtonnage de provoquer et à voir ce qu'ils ont de fondé. Nous chercherons, en terminant, à apprécier la valeur thérapeutique de ce procédé et nous poserons des conclusions.

On a reproché au caustique de tuer la vitalité de la muqueuse.

Or cette muqueuse est déjà morte au point de vue physiologique, et le bâtonnage n'empire en aucune façon l'état de la malade au point de vue fonctionnel; du reste, cette régénération de la muqueuse ne fait pas défaut; après le bâtonnage, la muqueuse utérine se régénère comme après la grossesse et l'on voit les règles apparaître de nouveau après un intervalle plus ou moins grand.

Une fois rétablie, la fonction menstruelle s'établit avec sa régularité habituelle, et les femmes que nous avons pu revoir trois ou quatre mois après la cautérisation ont été des plus affirmatives à cet égard. M. Schæffer, dans un travail déjà cité, a traité dix cas par cette méthode; sur ces dix cas, il en est deux où, après la cautérisation intra-utérine pratiquée avec le crayon de chlorure de zinc, le retour des règles s'est fait à l'époque normale et où la menstruation est devenue régulière. Dans trois autres cas, un intervalle de deux à sept mois s'est écoulé entre la cautérisation et le retour des règles, après quoi les époques se sont succédées à des intervalles normaux, le flux menstruel étant devenu peu abondant.

Enfin, dans cinq cas les règles ont été supprimées d'une façon durable; dans ces cinq cas, l'utérus a subi un accident dont nous parlerons plus loin. Quant à la possibilité de la grossesse, nous ne pouvons

l'affirmer, mais il est permis de penser que, la fonction menstruelle étant rétablie, la fécondation est possible et la grossesse peut avoir lieu bien qu'on ne l'ait jamais observée.

Le chlorure de zinc présente enfin quelques avantages qui ne sont certainement pas à dédaigner, il ne nécessite pas une antisepsie rigoureuse sous peine d'exposer la malade à la septicémie, il ne demande pas de dilatation préalable et constitue une opération facile, à la portée de tous les praticiens.

Il est cependant un accident pouvant survenir à plus ou moins longue échéance, qui, d'après les statistiques récentes, semble survenir assez fréquemment et qui doit être pris en sérieuse considération: je veux parler de l'atrésie de l'utérus.

A la Société de chirurgie, Pozzi cite le cas d'une malade, traitée par le chlorure de zinc et présentant une oblitération complète de la cavité. Segond rapporte l'observation de quatre malades traitées par le même procédé et atteintes à chaque période menstruelle d'accidents douloureux intenses nécessitant une dilatation progressive à l'aide des bougies d'Hégar. Bouilly donne une statistique de trente cautérisations dont vingt et une ont été suivies d'atrésie. Enfin Routier présente un utérus provenant d'une femme traitée par le bâtonnage, et chez laquelle il n'existait plus de canal cervical.

Sur les dix cas de Schæffer, dans cinq cas l'utérus a subi une régression progressive aboutissant à l'atrophie complète de l'organe, voire même à l'oblitération non moins complète du canal cervical. Même avec les sondes les plus fines on ne pouvait plus pénétrer dans ce canal à une profondeur n'excédant pas 4 centimètres.

A quoi est due cette atrésie ? Y a-t-il des moyens de l'éviter ?

La chute de l'eschare détermine dans l'utérus un travail analogue à la cicatrisation des plaies et il y a bourgeonnement de la muqueuse: cette cicatrisation peut être vicieuse, des brides celluleuses peuvent se former, produire des cloisonnements cellulaires, toutes complications que l'on peut prévenir soit par une cautérisation au nitrate d'argent,

soit avec une bougie en gomme à bout olivaire. Cette atrésie est dite incomplète ou fausse.

Mais il est une seconde forme d'atrésie, qui ne se produit que quelque temps après la guérison. La menstruation s'est établie régulièrement, prouvant ainsi que la muqueuse utérine a récupéré ses fonctions; mais, si l'on pratique le cathétérisme de la cavité, il est impossible de franchir l'isthme de l'utérus. C'est ce qu'on a appelé atrésie tardive.

De ces différentes espèces d'atrésie, nous n'avons jamais observé la première. Quant à la deuxième, il nous est impossible d'être aussi affirmatif, car, sur les dix-huit malades, cinq seulement ont été vues cinq mois après l'opération, six après quatre mois, trois après deux mois. Du reste, à ce moment, aucune ne présentait des symptômes d'atrésie tardive. On a bien proposé, contre cet accident, des séances de cathétérisme progressif et régulier, d'abord deux fois par semaine, puis toutes les semaines, puis tous les mois. On a recommandé de même de ne jamais employer de crayons dépassant trois millimètres de diamètre. Le chlorure de zinc attaque les couches malades de la muqueuse, les vaisseaux dilatés, les glandes dégénérées. Il épuise son action sur les tissus malades, ramollis, et respecte les tissus sains, parce qu'ils sont plus durs; mais si l'on a employé un crayon d'une épaisseur trop considérable, alors le travail d'élimination ne se borne plus aux parties malades, mais attaque les parties saines produisant un tissu de cicatrice, qui peut aller jusqu'à la sténose et l'obturation complète de la cavité. Mais, malgré tout, nous pensons que, vu la gravité d'une pareille complication au point de vue des fonctions de l'utérus, il est de toute importance de prévoir les suites possibles, quand on se dispose à recourir à la cautérisation intra-utérine, par le crayon de chlorure de zinc.

CHAPITRE II

TRAITEMENT PAR LE CURETTAGE

Après avoir été longtemps discuté comme intervention thérapeutique, tour à tour condamné et réhabilité, le curettage de l'utérus vient enfin de recevoir droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale française. La Société de chirurgie, à la presque unanimité de ses membres, a définitivement adopté dans le traitement des métrites l'opération que Récamier préconisa le premier.

Vers 1846, Récamier, ayant découvert l'existence de fongosités sur la muqueuse utérine, avait pensé qu'il fallait les détruire, et il fit construire pour les enlever un instrument spécial, la curette. Il assimilait les hémorragies profuses de l'utérus avec celles qui sont causées par les végétations sur la peau ou les muqueuses. « Le fait, dit-il, de l'existence de productions fongueuses et fibro-granuleuses est aujourd'hui un fait acquis en chirurgie, sur le vivant par le cathétérisme et les abrasions faites dans la cavité utérine, et sur le cadavre par de nombreuses autopsies. »

Récamier appliqua souvent cette méthode, il en obtint d'excellents résultats, mais aussi des revers ; les opérateurs qui cherchèrent à l'imiter eurent surtout des succès et trop souvent des désastres ; aussi les détracteurs du curettage l'emportèrent-ils bientôt sur ses partisans.

Les *Annales de thérapeutique* publièrent, au mois d'août de la même année où eut lieu la communication de Récamier, une critique sur son traitement.

La possibilité de la formation de pareilles granulations ne peut pas être mise en doute, mais elles peuvent difficilement être diagnostiquées pendant la vie avec certitude. La nouvelle méthode de Récamier doit être tenue comme inutile et insuffisante, par la difficulté du diagnostic et l'incertitude de l'instrumentation.

Jobert constate, sur le cadavre, l'existence de fongosités dans l'utérus ; mais, à son avis, le diagnostic pendant la vie n'est pas possible.

Par contre, Robert dès le début se déclare un ardent défenseur du nouveau traitement. Il compare les granulations de la muqueuse utérine avec les formations semblables de la conjonctive. Il les étudie au point de vue de leur siège et constate qu'on les trouve surtout sur la paroi postérieure. Elles surviennent à la suite d'accouchements, d'avortements, et sont liées à des douleurs s'irradiant à l'hypogastre et aux reins et accrues par la fatigue, la menstruation et la marche. Souvent apparaît un écoulement muco-purulent très abondant, mêlé à du sang. Le corps de l'utérus est mou, gros et douloureux. Avec la sonde on reconnaît la présence de granulations par une sensation rude, que donne l'instrument, tandis que dans l'état normal de la muqueuse on a la sensation d'une surface unie. Il ajoute que le seul traitement rationnel est le curage avec cautérisation consécutive.

Guérineau, dans sa thèse de 1847, relate un cas d'hémorragie utérine traité par Lisfranc au moyen de la curette.

Robin, en 1848, fit paraître un mémoire dans lequel il étudie les fongosités au point de vue histologique.

En 1849, une première discussion eut lieu à l'Académie de médecine. Velpeau s'y prononce nettement contre ce procédé : « Ces abrasions, ce curage de l'intérieur de la matrice au moyen d'une curette,

ne sont point acceptés comme des opérations inoffensives. Leur inutilité est tellement manifeste que M. Robert convient qu'elles ne suffisent pas, que des injections et des cautérisations doivent leur être associées. » Récamier y répondit en citant les nombreux cas traités par son procédé ; il put démontrer ainsi l'innocuité de sa méthode et les heureux résultats obtenus par ce traitement.

Dans une deuxième séance de l'Académie, le 22 janvier 1850, Paul Dubois lut un long mémoire : *Considérations sur la nature et le traitement des engorgements et des déviations de l'utérus*, où il attaque l'opinion de Récamier et de Robert. Il montre que les granulations qui sont dans le col de l'utérus peuvent aussi exister dans le corps, mais que ce ne sont pas des formations pathologiques. Par le curage de Récamier on ne peut enlever qu'une partie de la muqueuse ramollie. C'est un procédé qui, à son avis, entraîne de vives douleurs et qui met en danger la vie de la malade.

Babu fait paraître, en 1850, une thèse sur les végétations de la muqueuse du corps de l'utérus traitées par l'abrasion et la cautérisation. Il cite deux observations recueillies dans les services de Maisonneuve et de Sappey. La même année, Nélaton et Malgaigne firent paraître trois cas de curettage dans une thèse de Juteau.

Marjolin, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, regarde le curage comme une opération qui n'est pas sans dangers, mais rationnelle et pouvant avoir une heureuse influence.

En 1853, Nonat publie cinq observations de malades traitées par ce procédé ; dans l'un de ces cas les hémorragies avaient persisté de nombreuses années, résistant à tous les moyens de traitement ; l'abrasion pratiquée deux fois avait amené la guérison.

En 1855, une vive discussion eut lieu à la Société de chirurgie. La curette y fut défendue par Richard, Richet, Maisonneuve, Demarquay Robert et Follin, et rejetée par Michon, Cloquet, Hervez de Chégoin et Lenoir.

Gosselin et Trousseau obtiennent, en 1856, de bons résultats de l'usage de la curette; mais Trousseau pense que l'irritation locale de la matrice produite par l'instrument agit plus efficacement que la disparition des fongosités.

En 1858, parut la thèse de Rouyer avec 28 cas provenant de la clinique de Nélaton.

Stolz, Kœberlé, Bach, Hirtz-Meyer et Goldschmidt (de Strasbourg) publièrent divers cas d'endométrite traités par ce procédé.

Vers la même époque, de nombreux adversaires s'élevèrent contre la nouvelle méthode.

Costilhes prétend qu'en dix-huit ans il n'a jamais trouvé cette maladie comme Récamier l'a décrite. Il rejette la curette comme un instrument très dangereux.

Becquerel exprime la même opinion; mais le principal adversaire fut Aran, qui, de 1858 à 1860, ne cessa de battre en brèche la méthode de Récamier. On a inventé, dit-il, la curette pour détruire des fongosités; or on ne peut jamais différencier avec certitude une hémorragie produite par des fongosités d'une hémorragie ordinaire de la matrice. Et bien plus, il n'y a aucune corrélation entre les symptômes et la lésion, car on a souvent trouvé des végétations là où pendant la vie on n'avait remarqué aucun de leurs symptômes. Il explique les heureux résultats obtenus par Récamier et d'autres auteurs avec la curette par l'irritation causée par les contractions et par l'heureuse influence des cautérisations consécutives.

L'excommunication portée par Aran et Becquerel contre la curette ne manqua pas son but et l'opération de Récamier disparut un certain temps de la thérapeutique intra-utérine.

En Angleterre, déjà en 1850, James Simpson s'était servi de la curette de Récamier dans plusieurs cas d'hémorragies chroniques.

En 1853, on trouve dans *Medical Society of London* une vive discussion sur le catarrhe utérin et son traitement proposé par Filt

par la curette de Récamier. Streeter, Bennet, Greenhalgh et Mackensie regardent la curette comme inutile et dangereuse, tandis que Filt la défend.

Cumming écrit que les granulations se réforment si facilement que le traitement doit être souvent recommencé.

Ni Routh ni Savage n'ont eu de bons résultats de l'abrasion.

De même qu'en France la critique d'Aran avait détourné l'attention de la curette, de même aussi en Angleterre, par le mémoire de West, Churchill et Lombes Atthil sur l'opinion d'Aran, la méthode de Récamier fut peu employée.

Vers la même époque, en Amérique, Marion Sims publia quelques observations de curettage et s'efforça de faire connaître l'excellence de cette méthode. Au Congrès international qui eut lieu à New-York, en 1876, Parain, Alex. Simpson, Barnes, se déclarèrent pour l'emploi de la curette. Trois ans plus tard, en septembre 1879, parurent dans *the American Gynecological Society* des articles de Sims, Taylor, Howard, Barker et Byrne en faveur de ce traitement.

Par contre, Emmet, dans le *Western Lancet* de 1882, écrit que jamais le génie humain n'a trouvé un instrument qui fût en état de causer autant de mal que la curette. Il a vu, à la suite de son emploi, apparaître la péritonite, des abcès, et même la mort, quoique cet instrument fût manié par des mains habiles, et il pense que personne n'a le droit de mettre en jeu la vie d'une malade en se servant de cet instrument.

En Allemagne, l'honneur d'avoir attiré l'attention sur l'emploi de la curette dans l'endométrite chronique revient, sans contredit, à Olshausen qui, en 1876, publia 5 observations de malades traitées heureusement par ce procédé. Déjà avant, quelques essais avaient été faits par E. Martin, Simon, Kaltenbach. Mais c'est surtout du mémoire de Olshausen que date le grand changement apporté à l'intervention dans les maladies utérines. De nombreux gynécologues, comme Rheinstadter, Schott,

C. Braun, Elischer, Schroeder, Bischoff, Landau, Schwartz, Hegar, Kaltenbach, A. Martin, Brennecke, V. Rabenau, Duvelius, acceptèrent la méthode de Récamier, et la curette fut employée dans toute l'Allemagne et reconnue comme un instrument de la plus haute valeur.

En Suède, les noms de Eklund, Lindfors (en Finlande), ceux de Pippingskold, de Heinrichius, se rattachent à la vulgarisation à l'étranger de la méthode de Récamier.

Pendant ce temps, en France, les gynécologues, encore sous l'influence des critiques d'Aran, avaient presque complètement délaissé le nouveau traitement.

En 1866, Courty recommande l'abrasion avec la curette, comme une bonne opération, tout en trouvant qu'il est bien difficile de fixer les indications de son emploi. Gallard, Charpentier-Méricourt, recommandent l'usage de la curette, mais avec des réserves sur les dangers qui peuvent en résulter.

C'est surtout depuis les découvertes récentes qui ont amené des modifications importantes dans les anciennes pratiques, en les entourant de précautions antiseptiques inconnues dans les anciens procédés, que le curettage en rentré en faveur. Grâce à l'impulsion donnée par les publications de Gallard, Courty, de Sinéty, de Chéron, Doléris, les travaux deviennent de plus en plus nombreux sur ce mode d'intervention, et on peut dire qu'à l'heure actuelle la plupart des gynécologues pratiquent l'abrasion de la muqueuse.

C'est donc grâce aux nouvelles méthodes opératoires, à ce qu'on pourrait appeler les préliminaires de l'intervention intra-utérine, que nous regardons aujourd'hui le curettage comme une opération inoffensive. Les complications de pelvi-métrites, de pelvi-péritonites, si fréquentes du temps de Récamier, ne sont plus à craindre à notre époque.

L'antisepsie doit être observée avec le plus grand soin, tant du

côté de l'opérateur et des instruments que du côté de la malade. Et, en effet, d'une part, le vagin constitue un excellent milieu de culture pour nombre d'agents organiques phlogogènes; de l'autre, les instruments peuvent transporter des germes infectieux au contact de la plaie faite à la surface interne de l'utérus. On comprend ainsi très bien, si on a présente à l'esprit la richesse de l'utérus en vaisseaux lymphatiques, la facilité avec laquelle les microbes peuvent s'étendre, non seulement dans la profondeur des parois utérines, mais encore à la totalité de l'organe et à ses annexes.

Les instruments désinfectés par l'ébullition ou le séjour dans une étuve devront être plongés dans un liquide antiseptique, par exemple l'acide phénique.

Du côté de la malade, les précautions antiseptiques devront être commencées plusieurs jours avant l'intervention projetée. La malade devra prendre deux fois par jour des injections vaginales faites avec le sublimé au millième. Dans l'intervalle des irrigations, beaucoup d'opérateurs introduisent dans le vagin quelques tampons de gaze iodoformée. Cette précaution est indispensable pour empêcher l'écoulement utérin de venir perpétuellement souiller les parois vaginales. Ces tampons doivent être renouvelés après chaque injection.

La gynécologie moderne, en appliquant les règles de l'antisepsie, a permis à l'opérateur d'intervenir dans l'intérieur de l'utérus avec la plus grande sûreté.

Cependant il est des cas où la curette ne doit être employée qu'avec la plus grande circonspection. On sait que, après des hémorragies répétées ou dans l'état qui suit l'état puerpéral, les muscles, mal nourris, subissent une dégénérescence graisseuse; dans ces cas comme dans ceux où la malade est affaiblie par les pertes de sang, il est parfois prudent de retarder l'intervention. De même l'évidement est contre-indiqué par une grossesse commençante.

Doit-on intervenir dans les métrites compliquées de salpingite?

Nous n'avons pas à examiner comment l'inflammation de la muqueuse utérine se propage aux trompes : nous rappellerons que deux

opinions ont été émises à ce sujet : l'une, qui est la théorie de la propagation inflammatoire par les voies lymphatiques, défendue par Lucas-Championnière ; la seconde, soutenue par Trélat, Terrillon, Terrier, Quénu et bien d'autres, qui admet que l'inflammation se propage par continuité des muqueuses. Mais ce qui est intéressant et ce qu'il importe de savoir, c'est la question du traitement de l'endométrite, lorsque cette endométrite s'accompagne de complications, comme d'une salpingite par exemple.

Or, si nous nous en rapportons aux opinions qui avaient cours il y a quelques années et même à une époque plus rapprochée de la nôtre, si nous recueillons les avis de De Sinéty, Emmet, et si, à une date plus récente encore, nous lisons les thèses de Bourreau, de Despréaux, nous y voyons une condamnation formelle de toute intervention dans les lésions des annexes de l'utérus.

Depuis cette époque, bien des auteurs se sont élevés contre cette manière de voir. Pouillet (de Lyon), Walton, Trélat, Doléris, s'élèvent contre ceux qui prétendent qu'on doit respecter un utérus atteint d'endométrite, avec complications des annexes. « Ce sont les septiciémies utérines, dit Trélat, et non les manœuvres qui sont les causes de ces accidents. »

En janvier 1889, Doléris communique à la Société d'obstétrique et de gynécologie vingt cas de salpingites, complications d'endométrites, sur lesquels il a obtenu neuf succès, mais dans aucun cas il n'a vu les accidents s'aggraver par l'intervention.

Depuis cette époque, les faits se sont multipliés, démontrant l'innocuité de l'intervention intra-utérine, quel que soit du reste le mode de traitement employé, qu'il s'agisse de curettage ou des cautérisations.

Par conséquent, en présence de ce résultat si important, l'innocuité de l'intervention intra-utérine, on n'hésitera pas à appliquer un traitement approprié dans le cas d'endométrite compliquée, et tandis que autrefois, contre la salpingite, on n'avait d'action que par la laparatomie, on pourra, en se rangeant à l'avis de Trélat, réserver la

laparatomie aux salpingites suppurées, et, pour les autres, faire bénéficier les malades de l'intervention utérine qui pourra les guérir, tout au moins les améliorer, et en tout cas amener l'asepsie de la cavité utérine si l'on a recours en dernier lieu à la laparatomie.

Le moment le plus propice pour la pratique du curettage, comme pour toutes les opérations sur l'utérus, est celui qui suit immédiatement les dernières règles.

Avant l'opération, il faut avoir soin de vider le rectum et la vessie, et si cela est nécessaire on pratiquera la dilatation du col.

Quoique la dilatation ne soit pas indispensable pour opérer, la plupart des chirurgiens la font aujourd'hui, car elle permet d'agir plus facilement et plus complètement sur la muqueuse. Quelques auteurs ont recours à la dilatation rapide, mais le plus grand nombre emploie la dilatation lente à l'aide des tentes aseptiques.

Cette dernière méthode a même pu, dans certains cas légers, suffire à amener la guérison.

La dilatation brusque, extemporanée s'obtient avec des dilateurs spéciaux, tels que celui de Sims, les sondes d'Hégar, de Lawsan, qui permettent d'obtenir en quelques minutes la dilatation du col. Il est bien évident que cette opération ne doit être faite que la malade plongée dans le sommeil chloroformique.

La dilatation lente et progressive est la méthode la plus employée. Car en plus de l'action mécanique des corps dilateurs, il vient s'ajouter une action thérapeutique, les corps dilateurs étant toujours imprégnés de substances antiseptiques qui viendront se mettre au contact de la muqueuse utérine. En outre, ce procédé a l'avantage d'étaler la muqueuse, de la déplier; les parties profondes sont mises à nu, la surface est décuplée et par suite l'instrument agira plus aisément et d'une façon plus complète. La dilatation lente s'obtient soit à l'aide de substances susceptibles d'augmenter de volume par effet de leur imbibition, soit au moyen de petits tampons d'ouate ou de gaze iodoformée qui agissent par leur nombre et leur grosseur. L'éponge à la ficelle, la laminaire, sont les agents dilateurs employés générale-

ment. On les rend préalablement antiseptiques, en les plongeant une demi-heure dans une solution d'éther iodoformé.

Le professeur Vuillet, de Genève a préconisé une méthode qui consiste à produire une dilatation totale de la cavité utérine. Il fait prendre à la malade la position genu-pectorale et écarte la vulve à l'aide d'une valve de Sims. Une fois le col dilaté, on introduit dans la cavité utérine des tampons de coton trempés dans une solution d'éther iodoformé et munis d'un double fil.

On les laisse vingt-quatre à vingt-huit heures, puis on les remplace par d'autres dont on augmente le nombre et la grosseur. On renouvelle les tampons tous les deux jours, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la dilatation complète de la cavité utérine.

Mais parfois cette dilatation du col n'est pas nécessaire, car celui-ci est déjà si ouvert que la curette et les instruments nécessaires pour la cautérisation pénètrent avec facilité. L'écoulement des liquides, quand on pratique les lavages intra-utérins, est également assuré.

L'anesthésie est rarement nécessaire. Le curettage est bien lié à une sensation désagréable, mais le plus souvent les douleurs sont très modérées. Cependant Bischoff a trouvé l'opération si douloureuse qu'il emploie toujours le chloroforme.

Au moment de l'opération, la malade est placée dans le décubitus dorsal et soumise au chloroforme. Les cuisses sont fortement fléchies sur l'abdomen, les jambes fortement fléchies sur les cuisses. A l'aide d'une pince de Museux on saisit le col par l'une de ses lèvres; cette pince sert à fixer et à abaisser l'utérus, que l'on attire doucement à soi en faisant exercer par un aide une pression sur le fond de l'utérus, à travers la paroi abdominale. On introduit alors la curette de la main droite en suivant le trajet connu du canal utérin. L'instrument est promené dans tous les sens, de manière à rendre l'abrasion aussi complète que possible. On s'arrête au moment où l'on perçoit une sorte de grincement, crépitation particulière qui indique que l'on est arrivé sur le tissu musculaire. On retire la curette avec les débris de mu-

queuse; il vaut mieux ne pas retirer et introduire trop souvent l'instrument, car, à chaque introduction nouvelle, le col se contracte et se rétrécit de plus en plus. Lorsque la curette ne ramène plus rien, on introduit dans l'utérus une sonde à double courant et on fait un lavage intra-utérin antiseptique, qui entraîne au dehors les lambeaux de muqueuse et les caillots demeurés dans l'utérus.

Beaucoup d'opérateurs font suivre la destruction de la muqueuse d'une cautérisation de la plaie avec une solution de perchlorure de fer ou de teinture d'iode. Ces cautérisations ont pour but de détruire les culs-de-sac glandulaires situés dans la profondeur du muscle utérin et qui sont également envahis par les micro organismes. Puis, nouveau lavage qui entraîne l'excès de caustique. Un tampon de gaze iodoformée est placé au fond du vagin et la malade est soumise au repos le plus complet.

Ainsi donc, ce qui domine dans l'action de la curette, c'est l'abrasion de la muqueuse malade, la destruction des fongosités et des bourgeons qui existent dans la cavité utérine. Or on sait que ce sont ces bourgeons pourvus de nombreux vaisseaux de formation nouvelle, à parois embryonnaires se rompant avec la plus grande facilité, qui produisent ces hémorragies tenaces qui mettent si souvent la vie des malades en danger.

Le curettage constitue donc, comme on le voit, une opération assez facile, peu douloureuse, puisque un certain nombre d'opérateurs la pratiquent sans chloroforme et voient la douleur bien supportée et qui, comme nous le verrons d'après les statistiques et nos observations, constitue une précieuse ressource dans le traitement des endométrites. On a bien cité des cas de perforation de l'utérus. Sans faire comme quelques gynécologues, qui ont perforé à dessein l'utérus pour démontrer l'innocuité de cet accident, nous pouvons dire qu'il pourra être le plus souvent évité par un chirurgien expérimenté. Du reste, M. Pozzi cite un cas où une perforation eut lieu et où la malade guérit sans autre accident; il s'abstint seulement de faire d'injection intra-utérine.

Un des grands avantages du curettage sur le chlorure de zinc, c'est que de nombreuses observations publiées par Benicke, Martin, montrent que des accouchements à terme ont pu survenir chez des femmes qui avaient été opérées. Heinricius, dans les *Archiv f. Gynækologie*, cite seize femmes qui ont été suivies régulièrement et chez lesquelles il s'est fait une conception.

Nous publions six observations d'endométrite opérées par M. le professeur Grynfeldt et communiquées par M. Guibert, interne du service.

Ces observations montrent, avec la plus grande évidence, que le curettage constitue la méthode de choix dans le traitement des endométrites. Elles prouvent, avec la plus grande netteté, que l'opération n'est suivie d'aucune douleur, que les soins consécutifs sont très simples et que le rétablissement des malades se fait avec la plus grande rapidité.

Notre observation I est un exemple remarquable de grossesse après curettage.

Observation première

B. M..., âgée de trente-deux ans, entre à la clinique obstétricale le 17 janvier 1890. Cette femme a eu quatre enfants, et ses grossesses ne présentèrent rien de particulier. Les règles se présentèrent à l'âge de douze ans; elles ont toujours été régulières et assez abondantes.

Il y a sept ans, elle eut un écoulement vaginal purulent et de la douleur pour uriner. Un enfant d'un an qu'elle nourrissait à cette époque eut une ophtalmie purulente.

Depuis trois mois, la miction est de nouveau douloureuse et difficile; il y a un écoulement vaginal muco-purulent très abondant.

Pas de symptômes généraux.

Le spéculum appliqué, on constate que le col est rouge, douloureux; l'orifice entr'ouvert livré passage à une pince à pansement.

29 janvier. — Après avoir lavé au sublimé le conduit vaginal, on introduit une tige de laminaire dans le col et un tampon de gaze iodoforme pour la maintenir.

30. — On retire la tige de laminaire ; le col est fortement dilaté et rouge. On introduit une curette et on râcle la muqueuse du canal cervical ; le râclage est poursuivi dans le corps au moyen de la curette de Doléris. Pansement avec trois crayons d'iodoforme maintenus par un tampon de gaze iodoformée. Repos au lit.

1^{er} février. — État général excellent. La malade n'accuse aucune douleur au niveau de la région hypogastrique, même à une pression assez forte. La miction est fréquente et douloureuse. On retire le tampon de gaze iodoformée qui était la seule cause de cette cystite.

La malade, malgré nos recommandations, quitte le service le 5 février. Aucune suite fâcheuse ne résulta de cette sortie trop hâtive.

Bien au contraire, car dix mois après, nous revoyons cette femme à la Maternité avec une grossesse de huit mois. Elle accoucha à terme d'un enfant bien constitué et tout se passa sans qu'il survint de complications d'aucune sorte.

Observation II

C. V..., âgée de trente-sept ans, entre dans le service dans le courant de janvier 1890. Ses règles apparurent à dix-huit ans ; elles furent toujours régulières et peu abondantes. Cette femme, d'un tempérament nerveux, eut dix grossesses menées à terme et deux avortements. Au sixième accouchement, il y eut une métrorrhagie très abondante ; le dernier remonte au mois d'août 1889 et fut très laborieux.

Depuis son mariage en 1875, écoulement vaginal très abondant, urétrite blennorrhagique.

25 avril 1889. — Elle entre dans la clinique : douleurs dans le bas-ventre, rectocèle. Col très volumineux, leucorrhée abondante, éro-

sion sur la lèvre inférieure. Pointes de feu sur le col, injections au sublimé, tampon iodoformé.

Depuis le mois de septembre 1889, les règles sont devenues irrégulières et peu abondantes. On voit des varices sur le membre inférieur droit et sur l'abdomen. Le col est un peu revenu sur lui-même ; il est beaucoup moins gros qu'en avril 1889 ; il est rouge, tuméfié et on constate l'existence d'un écoulement muco-purulent.

22 janvier. — Après avoir fait un lavage antiseptique, on introduit dans le col une tige de laminaire que l'on maintient en place au moyen d'un bourdonnet de gaze iodoformée.

On retire la tige de laminaire le 23 janvier. L'orifice externe du col, considérablement dilaté, permet l'introduction d'une petite curette utérine. Râclage consciencieux autant que antiseptique. Pas d'hémorragie. Introduction de deux crayons d'iodoforme maintenus au moyen d'un tampon de gaze iodoformée. Repos au lit.

Le lendemain 24, la malade, qui a passé une bonne nuit, se trouve très bien. Mais vers le soir, à deux heures, malaise général, céphalalgie intense, miction fréquente et douloureuse, douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire. 100 pulsations. T. : 37°5. Cataplasmes sur l'abdomen et une pilule avec 0,25 milligrammes d'extrait gommeux d'opium.

La nuit se passa bien ; les douleurs de tête et de ventre ont complètement disparu, l'abdomen est souple et peu douloureux à la pression. On retire le tampon iodoformé.

Repos au lit, deux injections antiseptiques par jour.

1^{er} février. — La malade va de mieux en mieux, elle commence à se lever en ayant soin d'entourer l'abdomen avec une ceinture.

4. — Examen au spéculum : le col est gros, rouge, mais l'écoulement muqueux est presque nul, et les douleurs dans les reins ont disparu. L'état général est très bon.

Observation III

P. G... entre à l'hôpital le 8 avril 1890. Fut toujours parfaitement réglée. Cette femme eut trois grossesses : deux accouchements furent normaux ; pour le troisième on employa le forceps. Après le premier accouchement, qui eut lieu en 1884, la malade se lève dès le second jour ; depuis ce moment apparut de la douleur dans les reins et le bas-ventre ; la miction et la marche étaient pénibles.

Les douleurs n'ont jamais disparu, et, depuis 1888, après les règles surviennent des pertes blanches, que la malade compare à du lait épais.

Au palper, l'abdomen reste indolore.

L'utérus est mobile et les culs-de-sac latéraux libres.

La lèvre antérieure du col porte quelques érosions granuleuses.

11. — On place une tige de laminaire après injection antiseptique minutieuse.

12. — On retire la tige et on pratique le curettage de la muqueuse utérine. Pas d'accidents.

Les jours suivants, réaction nulle. Apyrexie complète. Pas de douleurs dans l'abdomen.

La malade se trouve beaucoup mieux. La marche est plus facile, la miction se fait facilement.

La malade fut revue le 29 mai. Une seule fois, le 9 mai, les règles ont duré dix jours, mais elles n'étaient nullement douloureuses. La douleur des reins et celle du bas-ventre ont disparu avec la leucorrhée. Le col est rouge, mais bien diminué de volume.

Observation IV

M. S..., âgée de vingt-sept ans, entre dans le service le 10 juillet 1890. Fut toujours bien réglée depuis l'âge de quatorze ans. Cette femme eut cinq grossesses, dont deux présentèrent quelques particu-

larités. Après le deuxième accouchement, la malade resta alitée pendant six mois, mais sans aucune fièvre.

Le quatrième fut une fausse couche, à sept mois, d'un enfant mort qui était bicéphale. Le dernier accouchement remonte à quatre ans.

Il y a trois mois, pertes rouges, surtout abondantes au moment des règles. Douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Très peu de leucorrhée.

Les douleurs augmentent par la marche et la station debout.

Le col est rouge, gros, tuméfié.

10 juillet. — On place une tige de laminaire dans le canal cervical.

11. — Après aseptie du vagin, curettage consciencieux du corps et du col de l'utérus. Avec la pointe fine du Paquelin, pointes de feu sur le col de l'utérus. Crayons d'iodoforme dans la cavité utérine. Repos au lit.

16. — Irrigation antiseptique abondante ; tampon de gaze iodoformée.

20. — Amélioration sensible, les métrorrhagies et les douleurs dans le bas-ventre ont disparu. Le col est encore gros, rouge, tuméfié.

4 août. — État local et général excellent. Plus de douleurs et plus de pertes ; nouvelles pointes de feu sur le col.

6. — Apparition des règles.

Observation V

J. M..., âgée de trente et un ans, entre dans le service le 4 septembre 1890. Sa mère est morte à quarante-deux ans de métrorrhagies. Réglée à treize ans, mais la menstruation fut toujours irrégulière. Elle n'a jamais été enceinte.

Il y a deux ans, métrorrhagies pendant trois mois ; douleurs dans les reins et la région de la fosse iliaque droite. Elle entre à l'hôpital à Lyon pour ces hémorragies ; les différents hémostatiques généraux employés ont réussi à calmer ces hémorragies, qui ont reparu plus

tard. Actuellement, hémorragies abondantes depuis deux mois; la malade est affaiblie, pâle.

L'exploration des culs-de-sac latéraux, surtout du droit, provoque une douleur assez vive. L'utérus est mobile, le col est gros et de couleur normale.

Les métrorrhagies sont assez abondantes et assez fréquentes. Elles se produisent ordinairement tous les deux jours.

16 septembre. — On prescrit 2 grammes d'antipyrine en quatre cachets.

22. — La malade a eu une métrorrhagie très abondante dans la nuit.

L'état reste le même malgré huit séances d'électrolyse. Les métrorrhagies n'ont diminué ni en fréquence ni en quantité. État général assez bon.

20 octobre. — On place dans l'utérus une tige de laminaire, retenue dans le vagin par un fort tampon de gaze iodoformée. Les hémorragies persistent toute la journée; la tige et le tampon sont restés dans le vagin.

21. — Dilatation assez marquée. L'orifice interne laisse passer l'index. On introduit successivement cinq bougies d'Hégar (du n° 6 au n° 11). On place dans la cavité cervicale ainsi dilatée une éponge préparée; deux forts tampons la retiennent en place.

Le lendemain, l'éponge est retirée. L'exploration de la cavité utérine ne fait découvrir rien de particulier.

Les jours suivants, pertes abondantes.

3 novembre. — On place une tige de laminaire; le lendemain, en enlevant la tige, on entraîne des mucosités rougeâtres.

Antisepsie et asepsie rigoureuse. Curettage consciencieux; fongosités abondantes, mollasses. Cautérisation de la cavité utérine au perchlorure de fer pur. Tampon iodoformé. Repos absolu.

Dans la journée, légères douleurs dans le bas-ventre. Les pertes ont disparu.

5. — La malade a passé une bonne nuit. Douleurs dans le bas-ventre absolument nulles. Repos absolu.

Quelques jours après, la malade sort, la guérison étant presque complète.

Observation VI

L. M..., âgée de trente-deux ans, entre dans le service le 4 décembre 1890.

Cette femme, mariée, eut cinq grossesses, dont deux gémellaires. Depuis trois ans, chute de la matrice, métrorrhagies abondantes.

M. Dumas applique un pessaire de Hodge.

Depuis ce temps, pertes rouges très abondantes.

Curettage pratiqué le 10 décembre sans accidents.

Les métrorrhagies ont complètement disparu.

La malade quitte l'hôpital guérie le 23 décembre.

CHAPITRE III

PARALLÈLE ENTRE CES DEUX TRAITEMENTS

En nous appuyant sur tout ce que nous venons de dire, nous croyons pouvoir conclure :

Le traitement des endométrites par le bâtonnage, appliqué convenablement et dans les circonstances voulues, constitue une médication d'une certaine valeur. L'opération est d'une grande simplicité ; car l'introduction d'un crayon caustique dans la cavité utérine est d'une grande facilité d'exécution, elle ne présente pas de danger par elle-même et peut toujours être pratiquée sans dilatation préalable.

Le curettage doit être considéré comme une véritable opération demandant, pour être pratiquée d'une façon méthodique et bien complètement, une certaine habileté manuelle.

Malgré l'antisepsie, des accidents funestes peuvent en résulter lorsqu'il est pratiqué avec maladresse ou avec une trop grande brutalité. Mais bien fait, il donne la plus grande sécurité quant à la guérison définitive de l'endométrite.

On devra rejeter le crayon de chlorure de zinc chaque fois que l'on voudra conserver à la malade l'aptitude à concevoir. Cette méthode n'est réellement indiquée que chez les femmes arrivées à la ménopause, et dans les cas où l'état de la femme est tel que l'on se croit en droit de lui donner un état équivalent à la ménopause.

Au contraire, après le curettage on a observé des grossesses ; on n'a jamais vu les sténoses et les atrésies si fréquentes après le chlorure

de zinc et qui fatalement entraînent la stérilité. Aussi la méthode de Récamier devra-t-elle toujours être préférée chez les femmes encore en état de concevoir.

Toutes les endométrites sont passibles de ces deux traitements. Il nous semble cependant que l'on devra donner la préférence au curettage, car la curette remplit mieux que tout autre moyen le but que l'on veut atteindre. Détruire tous les tissus de nouvelle formation, tels que granulations, fongosités; enlever la muqueuse malade, source des hémorragies et la remplacer par une plaie nouvelle, vivace, couverte de bourgeons charnus et toute disposée à se cicatriser.

Le curettage devra toujours être accompagné des mesures antiseptiques les plus rigoureuses.

BIBLIOGRAPHIE

- RÉCAMIER. — Annales de thérapeutique, août 1846.
- ROBERT. — Bulletin de thérapeutique.
- GUÉRINEAU. — Thèse de Paris, 1847.
- NONAT. — Gazette des hôpitaux, 1853.
- ROUYER. — Thèse de Paris, 1858.
- COSTILHES. — Gaz. hebdomadaire, 1859.
- BEQUEREL. — Traité des maladies de l'utérus, 1859.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, 1858-1860.
- BARNES. — Congrès de New-York, 1876.
- OLSHAUSEN. — Arch. f. Gynæk., Berlin.
- GALLARD. — Traitement de la métrite chronique. (Bulletin général de thérapeutique, 1879.)
- Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1880.
- TRÉLAT. — Maladies chirurgicales de la femme. (Annales de gynécologie, 1880.)
- CHÉRON. — Hémorragies en rapport avec des fongosités, curage de l'utérus. (Gazette des hôpitaux, 1881.)
- COURTY. — Traité des maladies de l'utérus, 1881.
- EMMET. — Western Lancet, 1882.
- SINÉTY. — Traité pratique de gynécologie, 1883.
- SCHATZ. — Sur la médication gynécologique. (Arch. f. Gynæk., Berlin, 1883.)
- ARNSZTEIN. — Sur la thérapeutique de la métrite chronique. (Deutsche med. Wochenschr., Berlin, 1884.)
- TENNESON. — Traitement local de la métrite chronique. (Bulletin société méd. des hôpitaux, 1884.)
- TERRILLON. — Le râclage de l'utérus. (Bulletin général de thérapeutique, 1885 et 1889.)
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1885.
- ADRIET. — Thèse de Paris, 1885.

- GALLEZ. — Rapport sur le curetage du D^r Walton. (Bulletin Acad. royale de médecine de Bruxelles, 1885.)
- MÉNIÈRE. — Râclage et curage de l'utérus. (Gaz. de gyn., 1885.)
- HEINRICIUS. — Sur l'endométrite chronique. (Arch. f. Gyn., Berlin, 1886.)
- MELICK. — Thèse de Paris, 1887.
- DOLÉRIS. — De l'endométrite et de son traitement. (Nouvelles archives d'obst. et de gyn., 1887.)
- DESMOULIN. — Thèse de Paris, 1887.
- DESPRÉAUX. — Thèse de Paris, 1888.
- BOURREAU. — Thèse de Paris, 1888.
- PAJOT. — Cautérisations et curage. (Annales de gyn., 1888.)
- DUMONT-PALLIER. — Traitement de l'endométrite. (Gazette médicale, 1888.) — (Gazette des hôpitaux, 1889.)
- LUMPE. — Sur la thérap. de l'endom. chronique. (Wiener klin. Wochenschrift, 1888.)
- VULLIET. — Leçons de gynécologie opératoire, 1888.
- MARTIN. — Traité des maladies des femmes, 1889.
- POLAILLON. — Bulletin Académie de médecine. (Note sur le mémoire de Dumont-pallier.)
- FINKELSTEIN. — Influence du curage sur les complications des endométrites. (Thèse de Paris, 1889.)
- RICHELOT. — Endométrite et curage. (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1889.)
- CHASE. — Remarques sur l'usage de la curette. (New-York medical Journal, 1890.)
- BOUILLY. — Curetage. (Bulletin et mémoire, Société de chirurgie, 1870.)
- CUVILLIER. — Thèse de Nancy, 1890.
- BATUAUD. — Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, 1890.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1890.
- SCHÆFFER. — Chlorure de zinc. (Berliner klinische Wochenschrift, 1891.)

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 décembre 1891.
Le Recteur de l'Académie,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 8 décembre 1891.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
